

BON DE COMMANDE (à remplir en majuscules SVP)

Valable uniquement en France Métropolitaine (pour l'export, merci de nous contacter afin d'obtenir une cotation de transport)

Tél. : 04 94 13 06 69

Courrier :

HEXAMED SAS

295 Route Nationale 97
 83130 LA GARDE

Fax : 09 72 28 38 40

Adresse de facturation	Adresse de livraison
Raison sociale :	Raison sociale :
Service :	Service :
Madame / Monsieur :	Madame / Monsieur :
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone :	Téléphone :
Fax :	Fax :
Mail :	Mail :
Numéro de client (si existant) :	

Référence	Désignation de l'article	Qté	PU TTC	Total TTC
			Sous total	
Frais de port :				
Les frais de port peuvent être calculés sur notre site web ou en nous appelant au 04 94 13 06 69				
TOTAL TTC A PAYER				

Cachet de l'établissement

Date, signature :

(obligatoires)

Mode de règlement :

- Chèque bancaire ou postal (à l'ordre de Hexamed)
- Virement bancaire
 Société Générale
 IBAN : FR76 3000 3004 6300 0257 1337 583
 BIC : SOGEFRPP
- Mandat administratif
 (joindre le bon de commande administratif)

HEXAMED SAS

295 Route Nationale 97 – 83130 LA GARDE

Tél : +33 (0)4 94 13 06 69 – Fax : +33 (0)9 72 28 38 40 – Mail : serviceclients@hexamed.fr

SAS au capital de 24.250 € - RCS Toulon 510 281 553 - Code NAF: 4646Z – N° TVA: FR80510281553